#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1148

##### Ф.И.О: Загорий Алексей Григорьевич

Год рождения: 1956

Место жительства: г. Энергодар ул. в. интернационалистов 18-133

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 03.09.18 по  12.09.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ш ст. С-м диабетической стопы, смешанная форма. СПО (20.06.18): чрезплюсневая ампутация 1п левой стопы. Хроническая ишемия Ш ст. ХБП II ст. Диабетическая нефропатия III ст. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Диабетический макулярный отек ОИ. Начальная катаракта ОИ. ИБС, диффузный кардиосклероз. Неполная блокада ПНПГ. СН 0-1.

Жалобы при поступлении на периодическую сухость во рту, учащенный ночной диурез, наличие п/о раны на левой стопе ( ампутация 1 п левой стопы) снижение веса на 10 кг за год, ухудшение зрения, парестезии и снижение чувствительности в н/к, отечность левой н/к после физической нагрузки.

Краткий анамнез: СД выявлен в 05.2018г. при обследовании у офтальмолога, были выявлены изменения на гл. дне, при обследовании глюкоза крови – гипергликемия 17,0 ммоль/л. Получал ССП

название не помнит). 20.06.18 после нагноения натоптыша на 1п левой стопы была произведена чрезплюсневая ампутация 1 п левой стопы ( в х/о по м/ж), затем 09.07.18 - некрэктомия (ГКБ № 3 ). С 06.2018 получал инсулин короткого действия. В последующем после выписки из ГКБ № 3 вводил инсулин в течение недели, после чего ССТ не принимал. Комы отрицает. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для подбора ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 04.09 | 106 | 3,2 | 9,5 | 67 | |  | | 1 | 1 | 64 | 32 | | 2 | | |
| 10.09 | 125 |  | 8,2 | 59 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 04.09 | 69,7 | 5,2 | 1,97 | 1,08 | 3,2 | | 3,8 | 5,4 | 95 | 17,9 | 4,6 | 1,5 | | 0,12 | 0,12 |

05.09.18 Глик. гемоглобин – 7,9%

04.09..09.18 Анализ крови на RW- отр

04.09.18 К – 5,1 ; Nа – 136,2 Са++ -1,1 С1 -106,2 ммоль/л

### 04.09.18 Общ. ан. мочи уд вес 1014 лейк – 4-5-6 в п/зр местами до 20 белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ум ; эпит. перех. -ед в п/зр уретр 1-2 в п/з цил + , гиалиновые 1-2, слизь + , бактерии +

06.09.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк - 1500 эритр - белок – отр

05.09.18 Суточная глюкозурия – отр; Суточная протеинурия – отр

##### 06.09.18 Микроальбуминурия –42,1 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.09 | 7,5 |  | 9,0 | 8,4 |
| 05.09 | 6,6 | 11,0 |  |  |
| 06.09 | 7,8 | 7,8 | 8,9 | 12,8 |
| 08.09 | 6,0 | 10,8 | 7,6 | 8,6 |
| 10.09 | 5,3 |  |  |  |
| 11.09 |  | 7,6 |  |  |

11.09.18 Окулист:Начальные помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: сосуды извиты, склерозированы, сужены, вены полнокровны, . множ. твердые экссудаты, микроаневризмы, геморрагии. В макуле отек. геморрагии Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ДМО, начальная катаракта ОИ. Рек: после стац лечения ангиография ОСТ макулы ОИ.

11.09.18 ЭКГ + Слапаку : ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый тахикардия Эл. ось не отклонена влево. Неполная блокада ПНПГ.

03.09.18 Р- гр левой стопы в 2х проекциях определяется культя 1 п, на уровне основания 1 плюсневой кости в удовлетворительном состоянии.

05.09.18 Кардиолог: ИБС диффузный кардиосклероз СН 0-1.

Рек. кардиолога: Контроль ЭКГ по Слопаку..

10.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к Шст. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно. Дупл сканирование н/к

03.09.18 Хирург: СДС II ст смешанная форма. СПО (20.06.18 чрезплюсневая ампутация 1п левой стопы) п/о рана в стадии регенерации, частичной эпителизации. Диабетическая ангиопатия артерий н/к Шcт. Атерослкероз н/к, хроническая ишемия II Б-3ст. Лимофтсаз н/к. Рек: обработка декасаном перекисью водорода, повязка ( грануфлекс) 1р в 2 дня детралекс 500 мг 2р/д 1 мес. серрата 10 мг т 2р/д 2 нед, L-цет 1т 2р/д 10 дней, солкосерил 2,0\*200 ф-ра в/в 7 дней.

12.09.18 Хирург: состояние с положительной динамикой кол-во серрозного отделяемого уменьшилось, в области II п участок некротизированной фасции в стадии резорбции. Рана с признаками активной грануляции. Данных за гнойное воспаление нет. Рек: продолжить обработку декасаном (бетадином), перекисью водорода, повязка с гентасептом на область дистальной части раны в зоне резорбции некроза. Повязка с бетадином (гранугелем) на область грануляции – 2 нед, затем продолжить перевязки с грануфлексом (гидроколом), до заживления - 1р в 2 дня, продолжить прием серрата 10 мг 2р/д 2 нед, наблюдение хирурга по м/ж.

09.07.18 Дупл сканирование артерий н/к (из амб карты): Эхопризнаки атеросклеротической и диабетической ангиопатии н/к, стеноз ПкА и артерий голени с 2х сторон.

11.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к снижено справа II ст слева 1 ст . Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно снижено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

03.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 7,8см3; лев. д. V =4,4 см3

Щит. железа не увеличена, контуры ровные. Эхогенность и эхоструктура обычные. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Эхопризнаков патологии щит. железы нет.

Лечение: мефармил, нормовен, серрата, солкосерил, Хумодар Б100Р, сорбифер, тиолипон турбо, перевязки сгрануфлексом, гетаксаном, обработка перекисью, бетадином, декасаном.

Состояние больного при выписке: На офне подобранной комбинированной терапии гликеми в пределеах целевого уровня, сухость во рту, учащенный диурез не беспокоят, отмечается положительна ядианмика в области п/о раны левой стопы. АД 100/60 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, хирурга по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Хумодар Б100Р п/з-10-14 ед. п/уж -4 ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж, метформин-индар, метамин) 1000мг - 1т. \*веч

плановая госпитализация в ЗОЭД после заживления п/о раны для определения дальнейшей тактики ведения.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 20 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: плестазол 100 мг 1т 1р/д, длительно лоспирин 75 мг 1т веч. длительно, нормовен 500 мг 1т 2р/д 2 мес, серрата 1т 2р/д 2 нед. .
4. Альфа-липон 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. Соблюдение рекомендаций хирурга о 12.09.18 см выше
6. Ангиография ОИ (МХГ ЗОКБ – 9 этаж), ОСТ макулы ОИ ( «Визус») с послед. Конс. окулиста
7. Контроль ОАК в динамике.

Леч. врач Севумян К.Ю.

И/о зав. отд. Севумян К.Ю.

Нач. мед. Карпенко И.В.